

лоїнвазивні методи лікування (гібридні NOTES), виконані за чіткими показами, мають значні переваги в порівнянні з традиційною лапароскопією.

Існуюче негативне відношення деяких хірургів пояснюється консервативністю мислення, відсутністю необхідного обладнання або непоінформованістю про нього та його можливості, стійкістю стереотипів, поганим знанням суміжних спеціальностей.

Перевагою методу є відсутність розрізів на черевній стінці, як наслідок — менш виражений больовий абдомінальний синдром в ранньому післяопераційному періоді та менша потреба в парентеральному знеболенні пацієнток, більш рання активізація та реабілітація хворих. Достовірне зменшення кількості ранніх післяопераційних ускладнень, зокрема: нагноєння післяопераційної рани та можливостей для розвитку вентраль-

них кил у віддаленому періоді (ускладнень "доступу"). Можливість безпечного розширення розмірів черепіхового доступу забезпечує видалення макропрепарату повністю, разом з пухлинами великих розмірів. Методика забезпечує "надійність" герметизації черевної порожнини при ушиванні кольпотомічних розрізів. Для багатьох пацієнток не менш важливим є відсутність косметических дефектів на передній черевній стінці внаслідок мінімізації операційної травми.

Висновки. Застосування трансвагінальних гібридних NOTES операцій визначає подальший розвиток ендодівдохірургії в плані зменшення травматичності операційного доступу. Для визначення місця трансвагінальних втручань в колоректальній хірургії необхідними є подальші напрацювання та накопичення досвіду.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Шаповалов В. Ю., Енин Р. В., Масунов К. Л.

Военно—медицинский клинический центр Южного региона,
Одесский национальный медицинский университет

Вступление. Среди заболеваний толстой кишки одно из ведущих мест занимает дивертикулярная болезнь, частота которой у лиц пожилого и старческого возраста достигает 75%.

Осложнения дивертикулёза встречаются у 40—42% больных. Наиболее частое осложнение — дивертикулит, составляющий среди всех осложнений 60%.

Перфорация дивертикулов наблюдается у 3,3% больных дивертикулезом ободочной кишки как при клинически выраженном, так и при бессимптомном варианте заболевания. При этом послеоперационная летальность в целом колеблется от 1,0% (Воробьев Г. И. и соавт., 2001). Кровотечения из дивертикулов диагностируются у 6,8—38,4 % больных дивертикулезом и наблюдаются преимущественно у больных при сочетании дивертикулёза ободочной кишки с гипертонической болезнью или атеросклерозом.

Цель работы. Улучшить результаты лечения пациентов с осложненными формами ДБТК путем применения видеоэндоскопических методик.

Материалы и методы исследования. За период 2005—2014 гг. проведен анализ лечения 86 пациентов, госпитализированных в отделения абдоминальной, неотложной хирургии и отделение колопроктологии Военно—медицинского клинического центра Южного региона в г. Одесса, которым было выполнено 94 операции по поводу дивертикулярной болезни и её осложнений. Мужчин было 48 (55,8%), женщин 38 (44,2%). У 70 (81,4%) больных заболевание было выявлено впервые, 16 (18,6%) — ранее оперированы по поводу осложне-

ний дивертикулярной болезни. Осложненные формы ДБТК диагностированы у 74 (86,0%) пациентов. Острый дивертикулит с воспалительными изменениями в стенке толстой кишки диагностирован у 24 (32,4 %) больных, перфорация дивертикула — у 38 (51,4 %), кишечное кровотечение как причина госпитализации отмечено у 8 (10,8%) пациентов, кишечные свищи — у 4 (5,4%) больных.

В экстренном порядке выполнено 70 (74,4%) операций, из них 29 (41,4%) выполнены с использованием видеоэндоскопического оборудования; традиционным открытым способом выполнено 41 (58,6%) операция. Диагностическая лапароскопия по неотложным показаниям выполнена 16 (22,9%) пациентам. Лапароскопическая сигмостомия по поводу перфорации дивертикула выполнена 10 (14,3%) больным, лапароскопически—ассистированная левосторонняя гемиколэктомия по поводу ДБТК, осложненной профузным кровотечением — 2 (2,9%) и 1 (1,5%) — осложненная перфорацией дивертикула.

Из открытых операций, выполненных по неотложным показаниям: операция типа Гартмана выполнена 22 (31,4%) пациентам, левосторонняя гемиколэктомия — 7 (10,0%), резекция сигмовидной кишки — 4 (5,7%), экстроперитонизация сигмовидной кишки — 3 (4,4%), сигмоидэктомия — 2 (2,8%), сигмостомия на уровне перфорации кишки — 2 (2,8%), правосторонняя гемиколэктомия — 2 (2,8%).

Плановых операций было 24, из них с применением видеоэндоскопической техники 9(37,5%), традицион-

ным открытым способом 15 (62,5%). Лапароскопически—ассистированных левосторонних гемиколэктомий выполнено 7 (29,2%) больным, лапароскопически—ассистированных резекций сигмовидной кишки — 2 (8,3%), открытая левосторонняя гемиколэктомия — 12 (50,0%), открытая резекция сигмовидной кишки — 2 (8,3%), дистальная субтотальная колэктомия—1 (4,2%).

Выводы

1. Видеоэндоскопические технологии показали высокую эффективность в лечении и последующей реби-

литации больных с осложненными формами дивертикулярной болезни.

2. Лапароскопические методики в многоэтапном плановом лечении осложненных форм дивертикулярной болезни имеют ряд преимуществ, о чем свидетельствует меньшее количество послеоперационных осложнений и быстрая реабилитация пациентов.

